Current Issue Review 95-2E

THE CANADA HEALTH AND SOCIAL TRANSFER: OPERATION AND POSSIBLE REPERCUSSIONS ON THE HEALTH-CARE SECTOR

Odette Madore
Economics Division

Revised 24 January 2001

Library of Parliament
Bibliothèque du Parlement

Parliamentary Research Branch

The Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament works exclusively for Parliament, conducting research and providing information for Committees and Members of the Senate and the House of Commons. This service is extended without partisan bias in such forms as Reports, Background Papers and Issue Reviews. Research Officers in the Branch are also available for personal consultation in their respective fields of expertise.

N.B. Any substantive changes in this publication which have been made since the preceding issue are indicated in **bold print**.

CE DOCUMENT EST AUSSI PUBLIÉ EN FRANÇAIS

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈCUE DU PARLEMENT

101-06528/

TABLE OF CONTENTS

Page

ISSUE DEFINITION 1

BACKGROUND AND ANALYSIS 2

A. Transfers Under EPF and CAP: Brief Background 2
1. Established Programs Financing 2
2. The Canada Assistance Plan 4
B. The Canada Health and Social Transfer: Its Nature and Operation 5
C. Consequences of the New CHST 8
1. Provincial Public Finances and Provincial Expenditures for Health Care 9
2. The CHST and the *Canada Health Act* 10

PARLIAMENTARY ACTION 11

CHRONOLOGY 11

SELECTED BIBLIOGRAPHY 13

CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

THE CANADA HEALTH AND SOCIAL TRANSFER: OPERATION AND POSSIBLE REPERCUSSIONS ON THE HEALTH-CARE SECTOR*

ISSUE DEFINITION

For more than three decades, the federal government has used transfer payments to help the provinces carry out their responsibilities in terms of health care, post-secondary education and public assistance. Before 1996-1997, transfers for health care and post-secondary education were made under the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act*, generally referred to as Established Programs Financing (EPF), while transfers for welfare and social assistance services were made under the Canada Assistance Plan (CAP). Federal contributions to EPF and CAP were considerable. According to Department of Finance documents, EPF transfer payments amounted to $22.0 billion in 1995-1996, while transfers under CAP accounted for approximately $7.9 billion.

In 1995, the federal government decided to bring EPF and CAP transfers together under a single financing mechanism: the Canada Health and Social Transfer (CHST). Bill C-76, which created the new block transfer, was assented to on 22 June 1995, and the CHST came into force in 1996-1997.

This paper will examine the overall operation of the new financing mechanism and will attempt to assess its possible repercussions, primarily in the health-care area. The first part of the paper will take a brief look at the background and operation of EPF and CAP, and the second part will describe the nature and general operation of the CHST. The third and last part will analyze the possible consequences of the CHST for public finances at the provincial level, provincial health-care expenditures, and federal government enforcement of the *Canada Health Act*.

---

* The original version of this Current Issue Review was published in September 1995; the paper has been updated regularly since that time.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

BACKGROUND AND ANALYSIS

A. Transfers under EPF and CAP: Brief Background

Federal and provincial responsibilities for health care, post-secondary education and public assistance are quite different. Under Canada's Constitution, the three areas of health care, education and social programs are primarily matters of provincial jurisdiction, and the provinces are responsible for their delivery. By invoking its constitutional "spending power," the federal government has intervened in those areas, leading to the making of federal transfer payments to the provinces. The transfers make it possible to redress the constitutional imbalance between provincial taxing powers, which are more limited than those of the federal government, and provincial responsibilities, which are often onerous. Federal transfers also improve fairness between the provinces in terms of the level of services offered to the public.

1. Established Programs Financing

The EPF, which came into force on 1 April 1977, was the largest federal transfer program to the provinces. Under the program, each province received an equal per capita transfer for health-care insurance (including hospitalization, medical care and extended health-care services) and post-secondary education. About 70% of all EPF transfers were earmarked for the "health" component, while the remaining 30% went to the "education" component. This breakdown was arbitrary, because EPF was a "block" funding mechanism. Unlike shared-cost programs, EPF transfers were not determined on the basis of the provinces' own expenditures on health care and education. **Furthermore, these percentages did not necessarily reflect equal apportionment at the provincial level, because provinces were able to use EPF transfers according to their own priorities.**

Originally, the basic payment under EPF was calculated on an initial per capita amount, determined in 1975-1976, which was then adjusted each year, according to an escalator that took into consideration per capita rate of growth in the GDP. To determine the total value of a province's EPF entitlement, the initial amount was multiplied by the escalator and then by the population of that province.

The escalator was modified on several occasions from the mid-1980s to the mid-1990s. In 1983-1984 and 1984-1985, the escalator associated with EPF education was capped at 6% and 5% respectively (if the formula based on the growth in the GDP per capita had been used,

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

EPF-education amounts would have increased by 9% in 1983-1984 and by 8% in 1984-1985). For all other years, the escalator for post-secondary education was the same as for health-care insurance. From 1986-1987 to 1989-1990, the escalator used to calculate total EPF payments was reduced by 2%. After this period, and until 1994-1995, per capita transfers were frozen at their 1989-1990 levels, so that the total amount of transfer payments increased only in accordance with population growth in each province (about 1%). For 1995-1996, the escalator was decreased by 3% and the result was a negative escalator (almost -1.0%, according to the Federal-Provincial Relations Division of the Department of Finance); this meant a decrease in per capita transfers, given the fact that GDP growth was less than 3%.

EPF total transfers, or entitlements, had two components: a tax transfer and a cash transfer. Cash transfers to the provinces corresponded to monetary or financial contributions that were made periodically by cheque, while the federal government also accorded a certain tax room to the provinces through the transfer of tax points. To do this, the federal government reduced its tax rates while the provinces increased their rates by an equivalent amount. This procedure resulted in a reallocation of revenue between the two levels of government: federal revenue was reduced by an amount equivalent to the increase in the provincial governments' revenues. The fiscal burden on taxpayers remained the same because, although they paid more provincial tax, they paid less federal tax.

Under EPF, the federal tax transfer was 13.5 tax points on personal income tax and one tax point on corporate income tax. The provinces whose fiscal strength was lower than a provincial standard received equalization payments to bring their transfer up to that standard (the provinces making up the standard are Quebec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan and British Columbia). The cash transfer corresponded to the difference between the total EPF entitlement of each province and the value of the tax transfer. As part of its opting-out agreements, Quebec received a special abatement of 8.5 additional tax points on personal income. Because of this additional abatement, Quebec received a relatively larger share of its federal contribution than the other provinces in the form of transferred tax points and a smaller share in the form of cash. In total, however, Quebec's per capita entitlement under EPF was exactly the same as those of other provinces.

The federal government did not impose any specific condition on the provinces regarding the proportion of transfers to be devoted to post-secondary education. The provinces,

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

however, had to comply with the requirements set out in the *Canada Health Act (CHA)* – universality, accessibility, comprehensiveness, portability, public administration and the non-imposition of user fees and extra-billing – or be subject to financial penalties.

Until 1991-1992, penalties for failure to comply with the *CHA* were applied only against cash transfers for EPF-Health; however, they were later also applied against other provincial entitlements. This extension of financial penalties to cash transfers of other federal programs was made necessary by the continual limitations placed on the growth rate of EPF transfers and the particular effects of such restrictions on the cash transfers; it was estimated that EPF-Health cash transfers to some provinces would have reached zero by the end of the century. Without the cash transfer, the federal government would no longer have had the power to enforce *CHA*'s requirements.

2. The Canada Assistance Plan

Created in 1966, the Canada Assistance Plan (CAP) had two primary objectives with respect to persons in need: to assist the provinces in providing welfare services and social assistance and care in appropriate facilities; and to ensure services in order to lessen, eliminate or prevent the causes and effects of poverty, child neglect and dependence on public assistance. The Plan had the following components:

> General Assistance: Assistance for meeting basic needs: food, accommodation, clothing and so on; the greater part of CAP expenditures.
>
> Special care facilities: Care provided to people living in old age homes, rest homes and other kinds of facilities defined in the agreements.
>
> Health care: Health costs such as medication and dental services not covered under provincial health-care plans.
>
> Child protection: Cost of maintaining children placed in foster homes.
>
> Welfare services: Child care, adoption, rehabilitation and community development.
>
> Work adjustment programs: Projects for persons having difficulty in obtaining or keeping a job for personal or family reasons.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

CAP was a shared-cost program: the federal government refunded approximately 50% of the eligible costs incurred by the provinces. The growth in contributions made under CAP thus varied directly with the provincial expenditures on public assistance. CAP involved cash transfers only, except in the case of Quebec, which received a special five-point tax abatement on personal income. Under the CAP agreements, the federal government set certain conditions. For example, the provinces had to include a right of appeal in their social assistance legislation and could not restrict eligibility by imposing a provincial residency requirement.

The provinces were responsible for the design, eligibility criteria and administration of public assistance programs. To obtain their share of funds, however, they had to prove that their programs and services met the Plan's requirements; provincial claims could be challenged if the federal government believed that the funds were spent in ways that did not meet the criteria set out in the agreements. For example, the Government of British Columbia decided to impose, starting on 1 December 1995, a three-month residency requirement before individuals could receive social assistance. That same month, the Honourable Lloyd Axworthy, federal Minister then responsible for CAP, announced that CAP transfer payments to British Columbia would be reduced by $47.1 million because that province had limited eligibility for this program.

From the beginning of the Plan's operation until 1990-1992, CAP transfers were open-ended; the federal government kept pace with whatever the provinces decided to spend and transfers were accordingly not subject to any limits. In 1990-1991, the federal government placed a ceiling on financing, usually called the "*cap on CAP*." More specifically, a 5% limit for 1990-1991 and 1991-1992 was placed on annual increases in the contributions made to the three provinces that received no equalization payments (Alberta, British Columbia and Ontario); the other provinces were not subject to any limit. In February 1991, the federal government decided to extend the ceiling until 1994-1995. Then, in its February 1994 budget, for 1995-1996 it froze at their 1994-1995 levels the amounts paid under CAP to all provinces.

B. The Canada Health and Social Transfer: Its Nature and Operation

In the Budget Speech of February 1995, the federal government announced the new block transfer merging EPF with CAP. Budget documents stated that block funding awarded under CHST would give the provinces more discretion over how funds are to be divided among health care, post-secondary education and public assistance. The *Budget Implementation Act, 1995*

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

(Bill C-76), which was assented to on 22 June 1995, created the new transfer. The Act specified the amount of the CHST and its breakdown by province for the 1996-1997 fiscal year. **Since then, the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, which now governs the CHST, has been modified on five different occasions by the following pieces of legislation: Bill C-31 (20 June 1996); Bill C-28 (1998); Bill C-71 (1999); Bill C-32 (2000); and Bill C-45 (2000). The section below entitled "Chronology" provides an historical review of the various legislative steps for the CHST.**

Under the initial legislation (Bill C-76 and Bill C-31), the amount of the CHST was set at $26.9 billion in 1996-1997, and $25.1 billion for each fiscal year from 1997-1998 through 1999-2000. For each subsequent fiscal year, through 2002-2003, the total CHST was set to increase according to an escalator equal to the average GDP growth for the three preceding years, less a predetermined coefficient. **By providing additional cash transfers, Bill C-71, Bill C-32 and Bill C-45 ensured that the total CHST would grow in line with both the cash and the tax transfers rather than being set at a fixed level in the legislation.**

The Act governing the CHST also establishes the method of allocating the transfer to the provinces. Initially, provincial entitlements were not calculated on a per capita basis. Under Bill C-76, the provinces were to receive their share of the transfers under CAP in 1994-1995 and under EPF in 1995-1996. Then, under Bill C-31, the provincial allocation formula was modified to reflect both the provincial share in 1996-1997 and the province's demographic weight within Canada as a whole. The enactment of Bill C-71 ensured that the CHST entitlement would gradually move towards equal per capita CHST entitlements across provinces. In fact, it is expected that by 2001-2002, all provinces will receive identical per capita CHST entitlements. However, the CHST cash transfer, per capita, will continue to vary from province to province. Provinces with higher income will generate more of their entitlement from their tax transfer, while the others will receive more in the form of cash transfer to bring their entitlements to the national average.

The CHST is similar in structure to EPF: it includes a tax points transfer and a cash transfer. As before, the tax points transfer is 13.5 tax points on personal income tax and one tax point on corporate income tax. Quebec's special abatement of tax points remains and, as was previously the case, reduces the cash component of the transfer by an equivalent amount. As

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

well, as was the case in the past, provinces whose fiscal strength is lower than the provincial standard receive equalization payments to bring their tax transfer payments up to that standard.

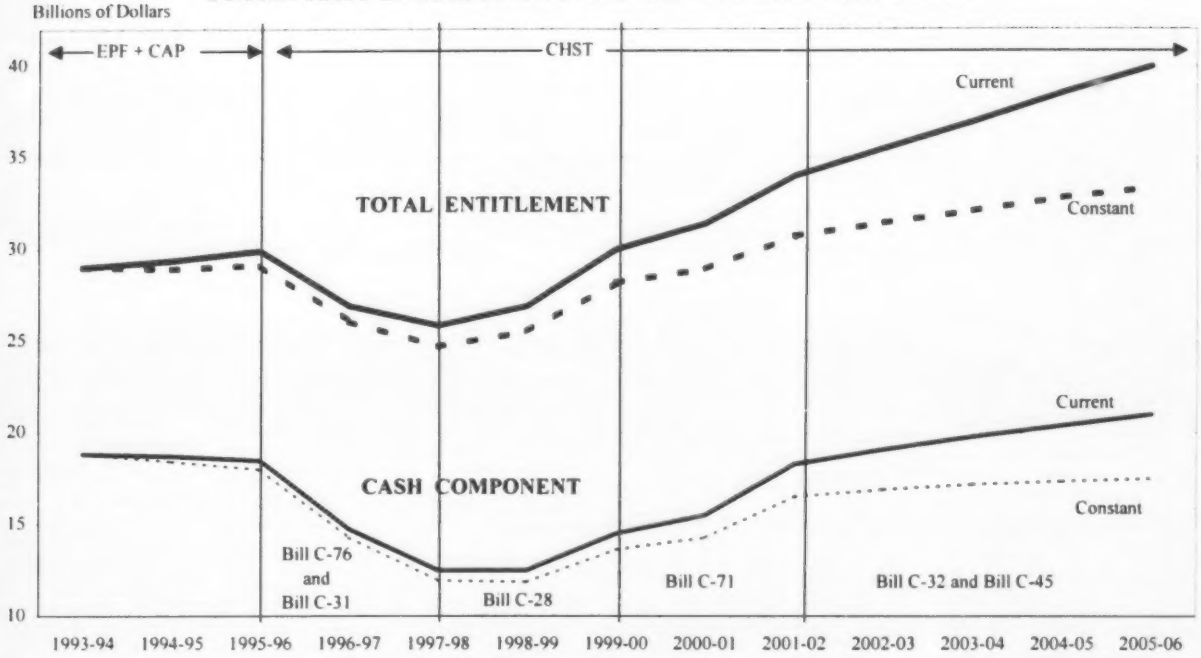
Unlike EPF, however, the CHST legislation specifically guaranteed, for a number of fiscal years, a floor for the cash transfer. The purpose of this floor was to provide protection against unexpected economic fluctuations that might reduce the total entitlement or significantly increase the value of the tax transfer, leading to a decrease in cash transfers to the provinces. Initially, this floor was set to be no less than $11 billion. Bill C-28, assented to on 18 June 1998, raised the floor to $12.5 billion for 1997-1998 and beyond. **The cash floor provision of the CHST was abolished in 1999 as the amended legislation (Bill C-71) provided a level of cash transfer over and above the $12.5 billion limit. Many commentators argue that, unlike the EPF, which aroused fears that the cash transfers might reach zero, the CHST ensures that a monetary contribution will be made to the provinces and thereby preserves the federal government's power to mandate compliance with the *Canada Health Act*.**

As Graph 1 shows, the coming into force of the CHST legislation led to a significant reduction in total transfers for the purposes of health care, post-secondary education and social assistance, whose impact was more than proportionately observed in the cash component because the tax transfer continued to grow.

From 1995-1996 to 1996-1997, the total CHST entitlement (expressed in current dollars) decreased by nearly $3 billion, a reduction of almost 10%. In the following fiscal year, the total CHST entitlement was reduced again by $1.1 billion (or 5%). The cash component of the CHST declined even more steeply by $3.7 billion (or 20%) from 1995-1996 to 1996-1997 and by $2.2 billion (or 15%) from 1996-1997 to 1997-1998. The changes legislated in Bill C-28 reversed these downward trends, while Bill C-71, Bill C-32 and Bill C-45 together led to substantial growth in both the total CHST entitlement and the CHST cash transfer. In 1999-2000, the total CHST entitlement reached its peak level of 1995-1996, but the CHST cash component will not match its 1993-1994 peak level until 2002-2003.

However, when converted into constant (1993-1994) dollars, the total CHST entitlement will not surpass the 1995-96 level until 2001-2002, while the CHST cash transfer will never achieve its peak level of 1993-1994. In other words, although Bill C-28, Bill C-71 and Bill C-45 have resulted in real growth in cash transfers, this does not allow for the full restoration of the federal cash funding provided prior to the creation of the CHST.

GRAPH 1:
TOTAL CHST ENTITLEMENT AND CHST CASH COMPONENT



Source: Finance Canada and Library of Parliament. The conversion into constant (1993-1994) dollars was made by using the implicit price index for government expenditures; an annual growth of 2% was assumed from 2000-2001 to 2005-2006.

C. Consequences of the New CHST

The CHST was part of the federal efforts to reduce and eliminate the deficit. In introducing the CHST legislation, the federal government explained that transfers to the provinces could be no exception to expenditure reduction: in 1995-1996, transfers to the provinces accounted for nearly one-quarter of all federal program expenditures. The federal government argued that the provinces were in a position to absorb the impact of the cuts, noting that some of them had even balanced their budgets. While acknowledging that the cuts were significant, the federal government pointed out that they were not as severe as cuts made to other federal programs.

According to some observers, the CHST, as initially introduced, was not really an innovation. On the one hand, it followed the policy of restricting expenditures that had been

adopted in the 1980s. On the other hand, the CHST legislation did not encourage any new approaches to increasing the effectiveness and efficiency in the delivery of health care, even though this lack of effectiveness and efficiency is considered one of the main obstacles to maintaining a public health-care insurance plan across the country.

The recent increases in the CHST produced by Bill C-71, Bill C-32 and Bill C-45 have reversed the declining trends in federal transfer payments and will result in an increase in provincial revenues. Further, the additional cash transfers provided under the CHST ensure the federal government's ability to enforce the *Canada Health Act*.

1. Provincial Public Finances and Provincial Expenditures for Health Care

When it introduced the CHST, the federal government systematically reduced transfer payments to the provinces with the goal of reducing and eliminating its deficit. The provinces did not agree with the federal government's methods, however. A number of provincial governments argued that the federal government restrictions were inappropriate because provincial entitlements had not caused the federal deficit. Some said that the federal government's attempt to balance its books by decreasing its contributions to the provinces merely shifted costs from one level of government to another; they argued that it had no practical effect on the effectiveness and efficiency of either the programs offered or the management of the public purse.

The provinces, who were grappling with their own deficits, were forced to revise their priorities in order to compensate for the decrease in income brought about by reductions in federal transfer payments. Most provinces have reduced the level of health-care services; a number of them have de-insured services and streamlined hospital services.

The increase in the CHST cash transfer under Bill C-71, and, more important, the additional CHST cash transfers provided by Bill C-32 and C-45, have helped reverse this situation. CHST transfers are now growing steadily and provinces are devoting more funding to health care in order to alleviate pressures with respect to waiting lists, crowded emergency rooms and diagnostic services.

Although additional CHST funding has been an important step, the provinces feel that it is not enough. In February 2000 and in August 2000, provincial governments called on the federal government to not only fully restore the cash component

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

of the CHST, but also to establish an appropriate escalator to ensure that the CHST cash transfer keeps pace with the economic and social factors that impact on the sustainability of the health-care system. Recent studies, such as *Turning the Tide – Saving Medicare for Canadians* (July 2000) and *On the Road to Recovery* (September 2000), even suggested that the growth in the CHST cash transfer be based on a combination of factors including population growth, ageing, epidemiology, cost of health-care technology, and economic growth. According to the provincial premiers, an effective reform of health care can take place only when an adequate level of funding has been secured.

2. The CHST and the *Canada Health Act*

The CHST does not make a distinction, not even a theoretical one, among transfers intended for health care, post-secondary education and public assistance. However, the requirements set out in the *Canada Health Act* continue to apply to provincial public health-care insurance plans; these requirements apply to all CHST cash contributions. Under the new transfer, the provinces are required, as they were in the past, to provide public assistance without imposing a minimum residency requirement; the cash contribution to a province that did not observe the prohibition against imposing residency periods could be reduced or withheld. The Act governing the CHST even provides that additional requirements could be imposed on other provincial social programs. There are still no specific conditions for post-secondary education.

With regard to health care, a number of analysts feared that the federal government would not be able to ensure provincial compliance with the criteria and conditions of the *Canada Health Act*. They estimated that if the formula for calculating the CHST continued to be modelled on EPF, the cash component of the transfer would gradually disappear early in the new century. The cash floor provision in the CHST legislation along with the recent additional investment into the CHST have calmed these fears. The federal government has retained its moral authority and political clout, which it was on the verge of losing, to ensure that the provinces comply with the *Canada Health Act*. The absence of strong requirements for the social programs formerly funded under CAP, however, raises fears of a budget rearrangement at the provincial level. For example, provinces might be tempted to cut their funding for social programs and reallocate the money to the health-care system, where there are specific requirements.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

PARLIAMENTARY ACTION

The federal government has long participated in the financing of provincial programs for health care, post-secondary education and public assistance. Federal transfers for health care under the EPF and application of *Canada Health Act* criteria and conditions have contributed to the creation of a universal and comprehensive public health-care insurance plan in every province. The decrease in federal transfer payments resulting from the introduction of the CHST translated into difficult political and budgetary choices for the provinces with respect to health care, post-secondary education and public assistance. **The recent increases in the CHST cash transfer still do not compensate for the losses in revenue experienced by provincial governments. However, the CHST has had a significant impact, particularly on health-care funding. The provinces are now asking for a fair share of the federal budget surplus through the full restoration and indexation of the CHST.**

CHRONOLOGY

22 June 1995 - Bill C-76, establishing the Canada Health and Social Transfer (CHST), received Royal Assent.

- The total CHST entitlement (including both the cash and tax components) was set at $26.9 billion for 1996-1997 and $25.1 billion for 1997-1998.
- The cash transfer was obtained by subtracting the value of the tax transfer from the total CHST entitlement. Therefore, the cash transfer was a residual value that varied inversely with the tax transfer.
- The total CHST entitlement was to be allocated among provinces in the same proportion as allocated under combined EPF and CAP for 1995-1996. This resulted in significant disparities between provinces in terms of per capita CHST entitlements because the 1995-1996 base year was one in which the cap on CAP was in effect for the non-Equalization receiving provinces.

20 June 1996 - Bill C-31, establishing the amount and provincial allocation of the CHST for 1997-1998 through 2002-2003, received Royal Assent.

- For 1996-1997 and 1997-1998, the total CHST entitlement was maintained at $26.9 billion and $25.1 billion respectively.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

- A five-year CHST funding arrangement was established for subsequent years. For 1998-1999 and 1999-2000, the total CHST entitlement was fixed at $25.1 billion. For each subsequent fiscal year, through 2002-2003, the total CHST entitlement was set to increase according to an escalator equal to the average GDP growth for the three preceding years, less a predetermined coefficient (2% in 2000-2001, 1.5% in 2001-2002 and 1% in 2002-2003). At the end of the line, growth in the total CHST entitlement would be lower than that of the economy.
- A floor of $11 billion was established for the cash transfer. The purpose of this floor was to provide protection against unexpected economic fluctuations that could reduce the total entitlement or significantly increase the value of the tax transfer, leading to a decrease in the CHST cash transfer.
- A new provincial allocation formula was introduced to reflect provincial population growth and to narrow existing funding disparities, moving halfway to equal per capita CHST entitlements by 2002-2003.

18 June 1998 - Bill C-28, raising the floor for the cash portion of the transfer to $12.5 billion, received Royal Assent.

- The cash floor under the CHST was increased from $11 billion to $12.5 billion for the years 1997-1998 to 2002-2003. This ensured that a sufficient level of cash transfer was provided to the provinces and territories and thereby preserved the federal government's power to mandate compliance to the *Canada Health Act*.
- This new cash floor provision became operative immediately. As a result, the cash transfer was no longer always determined residually. If the cash floor was a binding constraint, then the total entitlement would vary with changes in the value of the tax transfer.

17 June 1999 - Bill C-71, providing additional CHST cash transfers for the purpose of health care, received Royal Assent.

- The CHST legislation was extended from 2002-2003 to 2003-2004. More importantly, the CHST cash transfer was increased by $11.5 billion over five years (1999-2000 to 2003-2004). The legislation clearly stated that this additional CHST cash transfer was specifically designated for health-care purposes.
- Of this amount, $8 billion was to be provided through increases to the CHST. Another $3.5 billion, allocated on an equal per capita basis, was provided through a Trust Fund from which provinces

could draw down funds over three years (1999-2000 to 2001-2002) as they saw fit.

- The cash floor provision was abolished as the amended legislation provided a level of cash transfer over and above the $12.5 billion limit. Similarly, the escalator used for calculating the growth of the total CHST entitlement was eliminated because the entitlement was not fixed in legislation anymore, but varied directly with the cash transfer.
- The provincial allocation formula was accelerated to move to equal per capita CHST entitlements by 2001-2002.

29 June 2000 - Bill C-32, providing additional CHST cash transfers for the purpose of both health care and post-secondary education, received Royal Assent.

- A CHST Supplement Fund of $2.5 billion was created for the purpose of funding both health care and post-secondary education. These funds were allocated on an equal per capita basis. Provinces could draw down their respective share at any time over the course of four years. This brought the CHST cash transfer to $15.5 billion for each of the fiscal years from 2000-2001 to 2003-2004.

20 October 2000 - Bill C-45, providing additional CHST cash transfers, received Royal Assent.

- The CHST legislation was extended by one year to 2005-2006.
- The total CHST entitlement was increased by $21.1 billion over a five-year period by an enriched cash transfer provided in the following manner: $2.8 billion in 2001-2002, $3.6 billion in 2002-2003, $4.3 billion in 2003-2004, $4.9 billion in 2004-2005, and $5.5 billion in 2005-2006. This additional funding was to cover all three fields supported by the CHST, including early child development, and would be allocated to the provinces on an equal per capita basis.

SELECTED BIBLIOGRAPHY

Auditor General of Canada. "Federal Support of Health Care Delivery." Report, Chapter 29. November 1999.

Banting, Keith and Robin Boadway (Queen's University). *Presentation to the Standing Committee on Finance, House of Commons*. Ottawa: 9 May 1965.

British Columbia Medical Association. *Turning the Tide – Saving Medicare for Canadians (Part I of II)*. Discussion Paper. July 2000.

Canadian Medical Association. *On the Road to Recovery – An Action Plan for the Federal Government to Revitalize Canada's Health Care System*. September 2000.

Council of Canadians. *Submission to the Standing Committee on Finance*. Ottawa: 26 April 1995.

Department of Finance, Federal-Provincial Relations Division. *Established Programs Financing – Advance Calculations 1995-1996*. Ottawa: 10 April 1993.

Government of Canada.

- *Federal Support to Post-Secondary Education: A Supplementary Paper*. Ottawa: 1994.
- "Health Ministers Reaffirm Federal/Provincial/Territorial Cooperation." Press Release. Ottawa: 4 July 1995.

Government of Quebec, Department of Finance. *Discours sur le budget et renseignements supplémentaires* [Budget Speech and Additional Information]. Quebec: 9 May 1995.

Health Action Lobby (HEAL). *Submission to the Standing Committee on Finance on Bill C-76, The Budget Implementation Act*. Ottawa: May 1995.

Madore, Odette.

- *Established Programs Financing for Health Care*. Background Paper BP-264E. Ottawa: Parliamentary Research Branch, Library of Parliament, August 1991.
- *The Canada Health Act: Overview and Options*. Current Issue Review 94-4E. Ottawa: Parliamentary Research Branch, Library of Parliament, January 1995.

Meeting of Provincial Premiers and Territorial Leaders. *Letter to the Prime Minister of Canada*. 3 February 2000.

Mendelson, Michael. *Looking for Mr. Good-Transfer: A Guide to the CHST Negotiations*. Ottawa: The Caledon Institute of Social Policy, October 1995.

National Council of Welfare. *The 1995 Budget and Block Funding*. Ottawa: Spring 1995.

Neumann, Ronald H. "Negotiating Inter-Governmental Transfers in 1993: What Is on the Table?" *Policy Options*, 14:31-5, December 1993.

Provincial and Territorial Ministers of Health. *Understanding Canada's Health Care Costs – Final Report*. August 2000.

Schroeder, Walter J., Brian A. Miron and Jeff Moore. *Federal Transfer Payments: A Government Study by DBRS*. March 1995.

Bulletin d'actualité **95-2F**

LE TRANSFERT CANADIEN EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE PROGRAMMES SOCIAUX : FONCTIONNEMENT ET RÉPERCUSSIONS POSSIBLES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Odette Madore
Division de l'économie

Révisé le 24 janvier 2001

Bibliothèque du Parlement

Library of Parliament

Direction de la recherche parlementaire

La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

N.B. Dans ce document, tout changement d'importance fait depuis la dernière publication est indiqué en **caractère gras.**

THIS DOCUMENT IS ALSO PUBLISHED IN ENGLISH

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

DÉFINITION DU SUJET 1

CONTEXTE ET ANALYSE 2
A. Les transferts versés au titre du FPE et du RAPC : bref historique 2
1. Le Financement des programmes établis 2
2. Le Régime d'assistance publique du Canada 5
B. Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux : Nature et fonctionnement 6
C. Conséquences du nouveau TCSPS 10
1. Les finances publiques provinciales et les dépenses des provinces en matière de soins de santé 10
2. Le TCSPS et la *Loi canadienne sur la santé* 11

MESURES PARLEMENTAIRES 12

CHRONOLOGIE 13

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE 15

CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LE TRANSFERT CANADIEN EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE PROGRAMMES SOCIAUX : FONCTIONNEMENT ET RÉPERCUSSIONS POSSIBLES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ*

DÉFINITION DU SUJET

Depuis plus de trois décennies, le gouvernement fédéral aide les provinces à s'acquitter de leurs responsabilités en matière de soins de santé, d'enseignement postsecondaire et d'assistance publique par le biais de paiements de transfert. Avant 1996-1997, les transferts au titre des soins de santé et de l'éducation postsecondaire étaient versés en vertu de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé*, que l'on appelle généralement le Financement des programmes établis (FPE). Pour leur part, les transferts relatifs aux services de bien-être et d'assistance sociale étaient versés dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). Les contributions fédérales au titre du FPE et du RAPC étaient considérables. Selon des documents du ministère des Finances, les paiements de transfert au titre du FPE totalisaient 22,0 milliards de dollars en 1995-1996. La même année, le gouvernement fédéral a versé, au titre du RAPC, des transferts de l'ordre de 7,9 milliards de dollars.

En 1995, le gouvernement fédéral a décidé de remplacer les transferts du FPE et du RAPC par un seul mécanisme de financement : le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le projet de loi C-76, qui créait ce nouveau transfert global, a reçu la sanction royale le 22 juin 1995, et le TCSPS est entré en vigueur en 1996-1997.

Dans ce document, nous examinons le fonctionnement général de ce nouveau mécanisme de financement et tentons d'en évaluer les répercussions, essentiellement dans le secteur des soins de santé. Dans la première partie, nous faisons un bref historique du FPE et du RAPC et examinons sommairement le fonctionnement de ces programmes, tandis que dans la

---

* La première version de ce bulletin d'actualité a été publiée en septembre 1995. Le document a été périodiquement mis à jour depuis.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

deuxième, nous décrivons la nature et le fonctionnement général du TCSPS. Enfin, dans la troisième et dernière partie, nous analysons les conséquences possibles du TCSPS pour les finances publiques des provinces et les dépenses qu'elles effectuent dans le domaine des soins de santé, ainsi que sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* par le gouvernement fédéral.

CONTEXTE ET ANALYSE

A. Les transferts versés au titre du FPE et du RAPC : bref historique

Le gouvernement fédéral et les provinces assument des responsabilités fort différentes dans le secteur des soins de santé, de l'enseignement postsecondaire et de l'assistance publique. En vertu de la *Constitution canadienne*, les soins de santé, l'éducation et les programmes sociaux sont des domaines principalement de compétence provinciale, et ce sont les provinces qui assument la prestation de ces services. Le gouvernement fédéral est intervenu dans ces champs de compétence provinciale en invoquant son « pouvoir de dépenser » constitutionnel, ce qui a entraîné le versement de paiements de transfert fédéraux aux provinces. Ces transferts permettent de corriger le déséquilibre constitutionnel qui existe entre les pouvoirs de taxation des provinces, lesquels sont plus limités que ceux du gouvernement central, et les responsabilités de ces dernières, qui sont souvent fort onéreuses. Les transferts fédéraux assurent aussi une meilleure équité interprovinciale pour ce qui est du niveau des services offerts à la population.

1. Le Financement des programmes établis

Le FPE, qui est entré en vigueur le 1er avril 1977, constituait le plus important programme de transferts fédéraux aux provinces. Dans le cadre de ce programme, chaque province recevait un montant égal par habitant pour l'assurance-santé (y compris l'assurance-hospitalisation, l'assurance-maladie et les services complémentaires de santé) et l'enseignement postsecondaire. Une proportion d'environ 70 p. 100 du montant total des transferts au titre du FPE était consacrée à la composante « santé », tandis que les 30 p. 100 restants allaient à la composante « éducation ». Cette répartition demeurait arbitraire car le FPE était un mécanisme de financement « global » ou « en bloc ». Contrairement à ce qui est le cas dans les programmes à frais partagés, les transferts du FPE n'étaient pas fonction des dépenses des autorités provinciales dans les domaines des soins de santé et de l'éducation. **En outre, les provinces**

étant libres d'utiliser les transferts dans le cadre du FPE selon leurs propres priorités, les dépenses n'étaient pas distribuées de la même manière dans toutes les provinces.

À l'origine, le paiement de base versé au titre du FPE reposait sur un montant initial par habitant qui avait été déterminé en 1975-1976, puis qui était ajusté année après année selon un facteur d'indexation tenant compte du taux de croissance du PIB par habitant. Pour connaître la valeur totale des transferts dans le cadre du FPE auxquels une province avait droit, il fallait multiplier le montant initial par le facteur d'indexation et, ensuite, par la population de la province.

Le facteur d'indexation a été modifié à plusieurs reprises entre le milieu des années 80 et le milieu des années 90. En 1983-1984 et en 1984-1985, le facteur d'indexation associé au FPE-éducation a été limité à 6 et 5 p. 100 respectivement (si la formule basée sur la croissance du PIB/habitant avait été utilisée, les sommes versées au titre du FPE-éducation auraient augmenté de 9 p. 100 en 1983-1984 et de 8 p. 100 en 1984-1985). Pour toutes les autres années, le facteur d'indexation pour l'enseignement postsecondaire a été le même que pour l'assurance-santé. De 1986-1987 à 1989-1990, le facteur d'indexation utilisé pour calculer les versements totaux au titre du FPE a été réduit de 2 p. 100. Après cette période et jusqu'en 1994-1995, les transferts par habitant ont été gelés à leur niveau de 1989-1990, de sorte que le montant total des paiements de transfert n'a augmenté que selon la croissance de la population de chaque province (soit environ 1 p. 100). Pour l'exercice financier 1995-1996, le facteur d'indexation a été diminué de 3 p. 100; cela a eu pour résultat un facteur d'indexation négatif (évalué à près de 1 p. 100 selon les calculs de la Division des relations fédérales-provinciales du ministère des Finances), soit, en d'autres termes, une baisse des transferts par habitant (étant donné que la croissance du PIB a été inférieure à 3 p. 100).

Les transferts totaux au titre du FPE avaient deux composantes, à savoir un transfert en points d'impôt et une contribution pécuniaire (aussi appelée « en espèces »). Les contributions pécuniaires étaient des paiements périodiques versés par chèque aux provinces, tandis que le transfert en points d'impôt résultait de la cession, par le gouvernement fédéral aux provinces, d'un certain espace fiscal. Pour ce faire, le gouvernement central abaisse ses taux d'imposition, alors que les provinces augmentent les leurs d'une manière équivalente. Cela entraîne un réaménagement de la répartition des recettes entre les deux niveaux de gouvernement : les revenus du gouvernement fédéral se trouvent diminués d'un montant équivalent à l'augmentation des revenus des gouvernements des provinces. En outre, le fardeau

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

fiscal du contribuable demeure inchangé parce que si celui-ci paie plus d'impôt provincial, il paie par contre moins d'impôt fédéral.

En vertu de FPE, le transfert fiscal du gouvernement fédéral vers les provinces correspondait à des réductions de 1 point de l'impôt sur le revenu des sociétés et de 13,5 points de l'impôt de base sur le revenu des particuliers. Les provinces dont le potentiel fiscal était inférieur à la norme représentative recevaient des paiements de péréquation afin que le transfert après péréquation soit égal à cette norme (les provinces constituant la norme sont le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique). Le transfert pécuniaire correspondait à la différence entre le total des droits de chaque province en matière de FPE et la valeur du transfert fiscal. Dans le cadre des accords de non-participation, le Québec recevait un abattement spécial de 8,5 points supplémentaires d'impôt sur le revenu des particuliers. En raison de cet abattement supplémentaire, le Québec, par rapport aux autres provinces, percevait une portion relativement plus grande de sa contribution fédérale sous forme de transferts en points d'impôt, et une portion pécuniaire moindre. Au total, cependant, les transferts du FPE par habitant au Québec étaient exactement les mêmes que ceux des autres provinces.

Le gouvernement fédéral n'imposait aux provinces aucune condition particulière relativement à la proportion des transferts versés aux fins de l'enseignement postsecondaire. Par contre, les provinces étaient tenues de respecter, sous peine de pénalités pécuniaires, les exigences énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) : universalité, accessibilité, intégralité, tranférabilité, administration publique et absence de frais modérateurs ou de surfacturation.

Jusqu'en 1991-1992, les pénalités attribuables aux manquements à la LCS s'étaient limitées aux transferts pécuniaires au titre du FPE-santé, mais par la suite, elles avaient été appliquées à d'autres programmes fédéraux de transferts pécuniaires aux provinces. Cette extension de la pénalité pécuniaire à des paiements liés à d'autres programmes fédéraux avait été rendue nécessaire par la limitation continuelle du taux de croissance des transferts pécuniaires FPE et des effets particuliers qu'entraînaient de telles restrictions sur les transferts pécuniaires : on estimait que, au tournant du siècle, les transferts pécuniaires au titre du FPE-santé seraient devenus nuls dans certaines provinces. Sans transfert pécuniaire, le gouvernement fédéral n'aurait plus le pouvoir de faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé*.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

2. Le Régime d'assistance publique du Canada

Le RAPC a été créé en 1966. Il visait deux objectifs principaux aux personnes dans le besoin : aider les provinces à fournir, d'une part, l'aide sociale et les soins en établissements appropriés et, d'autre part, à assurer des services de bien-être social visant à atténuer, éliminer ou prévenir les causes et les effets de la pauvreté, de la négligence à l'égard des enfants ou de la dépendance envers l'assistance publique. Le Régime comprenait les composantes suivantes :

> Assistance générale : Assistance accordée pour subvenir aux besoins fondamentaux : nourriture, logement, vêtements, etc. Les paiements d'assistance générale comptaient pour la plus grande part des dépenses du RAPC.
>
> Foyers de soins spéciaux : Soins donnés aux personnes vivant dans les foyers pour personnes âgées, les maisons de repos et d'autres genres d'établissements définis dans les accords.
>
> Soins de santé : Frais de santé, comme les médicaments et les services dentaires, non couverts par les régimes provinciaux d'assurance-santé.
>
> Protection de l'enfance : Frais d'entretien des enfants placés en famille d'accueil.
>
> Services de bien-être social : Services de garde, d'adoption, de réadaptation et de développement communautaire.
>
> Projets d'adaptation au travail : Projets destinés à ceux ayant des difficultés à obtenir ou à conserver un emploi pour des raisons personnelles ou familiales.

Le RAPC était un programme à frais partagés : le gouvernement fédéral remboursait environ 50 p. 100 des frais admissibles engagés par les provinces. La croissance des contributions versées dans le cadre du RAPC variait donc directement en fonction des dépenses provinciales engagées au chapitre de l'assistance publique. Le RAPC ne comportait que des transferts en espèces, sauf dans le cas du Québec; cette province recevait en effet un abattement spécial de cinq points d'impôt sur le revenu des particuliers. Aux termes des accords du RAPC, le gouvernement fédéral imposait certaines conditions. Ainsi, les provinces devaient inclure le

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

droit d'appel dans leur législation sur l'aide sociale et elles ne devaient pas restreindre l'admissibilité en imposant une période de résidence dans la province.

Ce sont les provinces elles-mêmes qui voyaient à la conception, aux critères d'admissibilité et à l'application des programmes d'assistance publique. Toutefois, pour obtenir leur part de financement, elles devaient faire la preuve que leurs programmes et services étaient conformes aux exigences du Régime; certaines réclamations provinciales pouvaient faire l'objet d'un différend si le gouvernement fédéral estimait que les fonds engagés ne correspondaient pas aux critères définis dans les accords. Par exemple, le gouvernement de la Colombie-Britannique avait décidé d'imposer, à compter du 1er décembre 1995, un délai de résidence de trois mois avant que les gens puissent recevoir de l'aide sociale. Le ministre fédéral responsable du RAPC de l'époque, l'honorable Lloyd Axworthy, avait annoncé en décembre 1995 que les paiements de transferts versés à la Colombie-Britannique au titre du RAPC seraient réduits de 47,1 millions de dollars parce que cette province avait limité l'admissibilité au programme.

Du début du régime jusqu'en 1990-1992, les transferts effectués dans le cadre du RAPC étaient ouverts : le gouvernement fédéral emboîtait le pas chaque fois que la province décidait de dépenser, et les transferts ne faisaient l'objet d'aucune limite. En 1990-1991, le gouvernement fédéral imposa un plafond à l'égard du financement, communément appelé « cap on CAP ». Plus précisément, il limita à 5 p. 100, pour les années financières 1990-1991 et 1991-1992, la croissance annuelle des contributions versées aux trois provinces ne recevant pas de péréquation, soit l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario; les autres provinces n'avaient été assujetties à aucune limite. En février 1991, le gouvernement fédéral prolongea ce plafond jusqu'en 1994-1995. Ensuite, dans son budget de février 1994, il bloqua les sommes versées à toutes les provinces au titre du RAPC à leur niveau de 1994-1995 pour l'exercice 1995-1996.

B. Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux : nature et fonctionnement

Le gouvernement fédéral a annoncé la création du nouveau transfert global regroupant les contributions du FPE et du RAPC lors du discours sur le budget de février 1995. Selon des documents budgétaires, le financement global accordé dans le cadre du TCSPS devait donner aux provinces plus de latitude quant à la manière de dépenser les fonds et des les distribuer entre les composantes soins de santé, enseignement postsecondaire et assistance publique. Le projet de loi C-76 : Loi d'exécution du budget 1995, qui a reçu la sanction royale le

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

22 juin 1995, a instauré le nouveau transfert et précisé le montant du TCSPS et sa répartition par province pour l'exercice financier 1996-1997. **Depuis lors, la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, qui régit le TCSPS, a été modifiée cinq fois par les projets de loi C-31 (20 juin 1996), C-28 (1998), C-71 (1999), C-32 (2000) et C-45 (2000). On trouvera plus loin, dans la Chronologie, un aperçu des diverses étapes législatives concernant le TCSPS.**

Aux termes des premières mesures législatives (les projets de loi C-76 et C-31), le montant total du TCSPS était de 26,9 milliards de dollars pour 1996-1997 et de 25,1 milliards de dollars pour les exercices financiers allant de 1997-1998 à 1999-2000. Pour chacun des exercices suivants et jusqu'en 2002-2003, le transfert total du TCSPS devait être relevé selon un facteur d'indexation égal à la moyenne de la croissance du PIB pour les trois années précédentes moins un coefficient prédéterminé. **En prévoyant des transferts pécuniaires additionnels, les projets de loi C-71, C-32 et C-45 garantissaient que le montant total du TCSPS croîtrait en même temps que les transferts pécuniaires et fiscaux au lieu d'être établi à un montant fixe prévu dans la *Loi*.**

La loi qui régit le TCSPS précise également le mode de répartition du transfert entre les provinces. À l'origine, les transferts destinés aux provinces n'étaient pas calculés par habitant. Aux termes du projet de loi C-76, les provinces devaient recevoir la part des transferts reçus dans le cadre du RAPC en 1994-1995 et du FPE en 1995-1996. Ensuite, aux termes du projet de loi C-31, la formule de calcul a été modifée pour tenir compte de la part provinciale de 1996-1997 et du poids démographique de la province dans l'ensemble du Canada. La promulgation du projet de loi C-71 garantissait que le montant total du TCSPS représenterait progressivement un montant égal par habitant pour toutes les provinces. D'ailleurs, il est prévu que toutes les provinces bénéficieront d'un transfert total égal par habitant en 2001-2002. Cependant, la partie pécuniaire de ce transfert variera d'une province à l'autre. Les provinces qui affichent les plus hauts revenus toucheront une plus grande partie du transfert sous la forme de points d'impôt, tandis que les autres bénéficieront d'un plus important transfert pécuniaire de façon à ce que leur transfert réponde à la moyenne nationale.

Le TCSPS a une structure analogue à celle du FPE et se compose d'un transfert en points d'impôt et d'une contribution pécuniaire. Le transfert de points d'impôt correspond comme avant à 13,5 points de l'impôt de base des particuliers et à 1 point de l'impôt sur les

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

sociétés. L'abattement spécial de points d'impôt du Québec demeure et réduit d'autant la partie pécuniaire du TCSPS comme auparavant. De plus, comme par le passé, les provinces dont le potentiel fiscal est inférieur à la norme représentative reçoivent des paiements de péréquation afin que le transfert fiscal après péréquation soit égal à cette norme.

Cependant, contrairement à ce qui se passait dans le cas du FPE, la loi qui régit le TCSPS prévoyait expressément un seuil pour les transferts pécunaires pendant un certain nombre d'années. Ce seuil constituait une garantie contre les fluctuations économiques imprévues pouvant réduire le montant total à verser ou augmenter considérablement la valeur du transfert fiscal, ce qui se traduirait par une diminution des transferts pécuniaires aux provinces. À l'origine, ce seuil ne devait pas être inférieur à 11 milliards de dollars. Le projet de loi C-28, qui a reçu la sanction royale en juin 1998, a porté le seuil à 12,5 milliards de dollars pour 1997-1998 et les exercices ultérieurs. **La disposition relative au plancher de la contribution pécuniaire dans le cadre du TCSPS a été abolie en 1999, car le projet de loi C-71 prévoyait des transferts pécuniaires supérieurs au seuil de 12,5 milliards de dollars. De nombreux analystes affirment que, contrairement au FPE, qui laissait craindre que les transferts pécuniaires tombent à zéro, le TCSPS assure le versement d'une contribution pécuniaire aux provinces et préserve de ce fait le pouvoir du gouvernement fédéral de faire respecter la *Loi canadienne sur la santé*.**

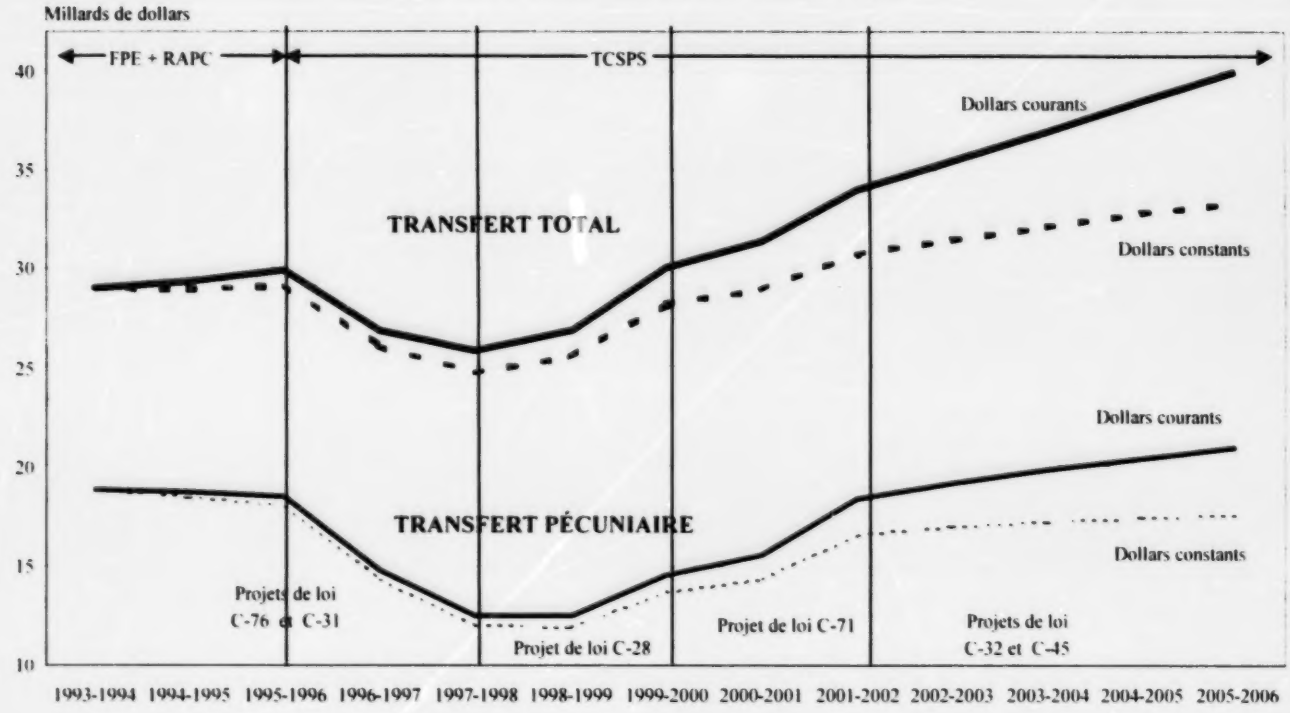
Comme l'illustre le graphique 1, l'entrée en vigueur de la loi régissant le TCSPS a mené à une forte réduction des transferts destinés aux soins de santé, à l'enseignement postsecondaire et à l'assistance sociale, réduction qui s'est fait sentir surtout au niveau des transferts pécuniaires, puisque les transferts de points d'impôt ont continué de progresser.

De 1995-1996 à 1996-1997, le montant total des transferts dans le cadre du TCSPS (en dollars courants) a reculé de près de trois milliards de dollars, ce qui représente une baisse de près de 10 p. 100. Au cours de l'exercice suivant, le montant global des transferts dans le cadre du TCSPS a été de nouveau réduit, cette fois de 1,1 milliard de dollars (ou 5 p. 100). La portion pécuniaire du TCSPS a subi une chute encore plus brusque, de 3,7 milliards de dollars (20 p. 100), entre 1995-1996 et 1996-1997, et de 2,2 milliards de dollars (15 p. 100), entre 1996-1997 et 1997-1998. Les changements introduits par le projet de loi C-28 ont renversé cette tendance à la baisse, tandis que les projets de loi C-71, C-32 et C-45 ont ensemble abouti à une progression substantielle du montant global du transfert et de sa partie pécuniaire. En 1999-2000, le montant global du transfert est

revenu au sommet de 1995-1996, mais la portion pécuniaire ne retournera pas au sommet de 1993-1994 avant 2002-2003.

Cependant, quand on convertit les chiffres en dollars constants (de 1993-1994), le montant global du TCSPS ne dépassera le niveau de 1995-1996 qu'en 2001-2002, et la portion pécuniaire ne reviendra jamais au sommet de 1993-1994. Autrement dit, si les projets de loi C-28, C-71 et C- 45 ont effectivement entraîné une croissance réelle des transferts pécuniaires, ils n'aboutissent pas pour autant au rétablissement intégral de la contribution pécuniaire du gouvernement fédéral aux provinces d'avant la création du Transfert.

Graphique 1 : TCSPS – Transfert total et transfert pécuniaire



Source: Finances Canada et Bibliothèque du Parlement. La conversion en dollars constants (1993-1994) a été faite au moyen de l'indice implicite des prix pour les dépenses publiques; on a supposé une progression annuelle de 2 p. 100 de 2000-2001 à 2005-2006.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

C. Conséquences du nouveau TCSPS

Le TCSPS s'inscrivait dans les efforts du gouvernement fédéral pour réduire et éliminer le déficit. Lorsqu'il l'a créé, le gouvernement fédéral a expliqué que les transferts aux provinces ne pouvaient échapper aux réductions des dépenses : en 1995-1996, ces transferts représentaient près d'un quart de l'ensemble des dépenses de programmes du gouvernement fédéral. Ce dernier soutenait que les provinces étaient en mesure d'absorber l'effet des compressions, signalant que certaines d'entre elles avaient même équilibré leur budget. Tout en reconnaissant que ces baisses étaient considérables, le gouvernement fédéral a fait remarquer qu'elles n'étaient pas aussi importantes que celles dont faisaient l'objet les autres programmes fédéraux.

Selon certains observateurs, le TCSPS, dans sa forme initiale, n'avait rien de bien nouveau. D'une part, il reflétait la politique de compression des dépenses adoptée au cours des années 1980. D'autre part, la législation le concernant n'encourageait aucune nouvelle approche visant à accroître l'efficacité du système de soins de santé, bien que ce manque d'efficacité ait été considéré comme le principal obstacle au maintien d'un régime public d'assurance-santé public au Canada.

Les majorations récentes du TCSPS prévues dans les projets de loi C-71, C-32 et C-45 ont renversé le mouvement à la baisse des paiements de transferts fédéraux et se solderont par une hausse des recettes des provinces. Par ailleurs, les transferts pécuniaires additionnels prévus dans le cadre du TCSPS protègent le pouvoir du gouvernement fédéral de faire respecter la *Loi canadienne sur la santé*.

1. Les finances publiques provinciales et les dépenses des provinces en matière de soins de santé

Lorsqu'il a créé le TCSPS, le gouvernement fédéral a réduit systématiquement les paiements de transfert aux provinces dans le but de réduire et d'éliminer son déficit, mais les provinces ont toutefois contesté ses méthodes. Un certain nombre de gouvernements provinciaux ont fait savoir que les restrictions imposées par le gouvernement fédéral ne se justifiaient pas, car les transferts aux provinces n'étaient pas la cause du déficit fédéral. Certains ont même déclaré que la tentative du gouvernement fédéral d'assainir ses finances par le truchement d'une baisse de ses contributions aux provinces ne faisait que déplacer les coûts d'un

ordre de gouvernement à un autre; ils ont expliqué que cela n'avait aucun effet concret sur l'efficacité des programmes offerts ni sur la gestion des deniers publics.

Les provinces, déjà elles-mêmes aux prises avec leur propre déficit, ont été contraintes de revoir leurs priorités de manière à compenser la diminution de leurs revenus découlant des réductions des paiements de transfert du gouvernement fédéral. La plupart des provinces ont donc réduit le niveau des services de santé, et un certain nombre ont enclenché un processus de désassurance et de rationalisation des hôpitaux.

Le relèvement du transfert pécuniaire prévu dans le projet de loi C-71 et, plus important encore, les transferts pécuniaires additionnels prévus dans les projets de loi C-32 et C-45 ont contribué à renverser la situation. Les transferts en vertu du TCSPS progressent désormais régulièrement et les provinces consacrent davantage de fonds aux soins de santé, de manière à répondre aux préoccupations concernant les listes d'attente, l'engorgement des salles d'urgence et les services de diagnostic.

Bien que l'augmentation du financement au titre du TCSPS ait constitué une mesure importante, les provinces la considèrent comme insuffisante. En février et en août 2000, elles ont réclamé non seulement le rétablissement intégral de la portion pécuniaire du TCSPS, mais aussi l'établissement d'un facteur d'indexation garantissant que les transferts pécuniaires dans le cadre du TCSPS suivront l'évolution des facteurs économiques et sociaux qui influent la viabilité du système de santé. Dans des études réalisées récemment, notamment dans *Turning the Tide – Saving Medicare for Canadians* (juillet 2000) et dans *On the Road to Recovery* (septembre 2000), on propose même de fonder l'augmentation de la portion pécuniaire du TCSPS sur un ensemble de facteurs comprenant notamment la croissance démographique, le vieillissement, l'apparition, la fréquence et l'évolution des maladies, le coût des technologies de la santé et la croissance économique. Les premiers ministres provinciaux sont d'avis qu'il ne peut y avoir une véritable réforme de la santé sans un niveau de financement convenable.

2. Le TCSPS et la *Loi canadienne sur la santé*

Le TCSPS ne fait aucune distinction, pas même théorique, entre les transferts destinés aux services de santé, à l'enseignement postsecondaire et aux programmes d'assistance sociale. Cependant, les exigences qu'établit la *Loi canadienne sur la santé* continuent de s'appliquer aux régimes publics d'assurance-santé des provinces et concernent toutes les

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

contributions pécuniaires du TCSPS. En vertu du nouveau transfert, les provinces sont tenues, comme elles l'étaient par le passé, d'offrir une assistance sociale sans imposer de période minimum de résidence, faute de quoi elles peuvent voir le transfert pécuniaire réduit ou retenu. La loi régissant le TCSPS prévoit même que des normes supplémentaires pourraient être imposées à l'égard d'autres programmes sociaux provinciaux. Aucune modalité particulière n'est prévue pour l'enseignement postsecondaire.

Pour ce qui est des soins de santé, un certain nombre d'analystes craignaient que le gouvernement fédéral ne soit pas en mesure d'assurer le respect par les provinces des critères et dispositions contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*. Ils estimaient que, si la formule de calcul du TCSPS continuait d'être modelée sur celle du FPE, la composante pécuniaire du transfert finirait par disparaître au début du nouveau siècle. La disposition plancher convenue dans la loi concernant le TCSPS de même que l'augmentation récente du TCSPS ont calmé ces craintes. Le gouvernement fédéral a conservé l'autorité morale et le poids politique, qu'il était sur le point de perdre, nécessaire pour forcer les provinces à respecter la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, l'absence de norme stricte nationale en ce qui concerne les programmes sociaux financés auparavant par le RAPC fait craindre un réaménagement des enveloppes budgétaires au niveau provincial. Ainsi, les provinces pourraient être tentées de réduire le financement des programmes sociaux, de manière à réaffecter les fonds vers le système de soins de santé, puisque c'est dans ce secteur que des normes précises ont été fixées.

MESURES PARLEMENTAIRES

Le gouvernement fédéral participe depuis longtemps au financement des programmes provinciaux au titre des soins de santé, de l'enseignement postsecondaire et de l'aide sociale. Les transferts fédéraux au titre des soins de santé dans le cadre du FPE et l'application des conditions et dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* ont contribué à créer un régime public d'assurance-santé universel et complet dans toutes les provinces. La diminution des paiements de transfert fédéraux provenant de l'adoption du TCSPS se sont traduits par des choix politiques et budgétaires difficiles à faire à l'échelon provincial entre les secteurs des soins de santé, de l'enseignement postsecondaire et de l'aide sociale. **Les relèvements récents du transfert pécuniaire dans le cadre du TCSPS ne compensent toujours pas les réductions des recettes qu'ont subies les gouvernements provinciaux. Le**

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

TCSPS a eu un impact important, surtout sur le financement des soins de santé. Les provinces demandent aujourd'hui une part équitable de l'excédent budgétaire du gouvernement fédéral par l'entremise d'un rétablissement complet et d'une indexation entière du TCSPS.

CHRONOLOGIE

22 juin 1995 - Le projet de loi C-76, qui établit le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPC), reçoit la sanction royale.

- Le montant total du TCSPS (composante pécuniaire et points d'impôt) est fixé à 26,9 milliards de dollars pour 1996-1997 et à 25,1 milliards de dollars pour 1997-1998.
- La valeur du transfert pécuniaire est obtenue en soustrayant la valeur du transfert fiscal de la valeur globale du TCSPS. En conséquence, le transfert pécunaire est une valeur résiduelle qui varie inversement avec le transfert fiscal.
- Le montant total du transfert dans le cadre du TCSPS doit être distribué entre les provinces suivant les proportions prévues en 1995-1996 pour le FPE et le RAPC, considérés ensemble. Cela entraîne de fortes disparités entre les provinces sur le plan des montants par habitant du fait que, durant l'année de référence choisie, 1995-1996, le RAPC était plafonné pour les provinces ne touchant pas de paiements de péréquation.

20 juin 1996 - Le projet de loi C-31, qui établit le montant et la répartition par province du TCSPS pour les exercices financiers allant de 1997-1998 à 2002-2003, reçoit la sanction royale.

- Pour 1996-1997 et 1997-1998, le montant total du TCSPS demeure à 26,9 milliards de dollars et 25,1 milliards de dollars respectivement.
- Un mécanisme de financement sur cinq ans est établi pour les années subséquentes. Pour 1998-1999 et 1999-2000, le montant total du TCSPS est fixé à 25,1 milliards de dollars. Pour chacune des années suivantes jusqu'en 2002-2003, le TCSPS augmentera selon une formule équivalant à l'augmentation moyenne du PIB durant les trois années précédentes, moins un coefficient prédéterminé (2 p. 100 en 2000-2001, 1,5 p. 100 en 2001-2002 et 1 p. 100 en 2002-2003). Au bout du compte, le montant total du Transfert progressera moins vite que l'économie.
- Un plancher de 11 milliards de dollars est établi pour la portion pécuniaire du Transfert, afin de pallier les fluctuations économiques imprévues qui pourraient réduire la valeur totale du Transfert ou augmenter sensiblement la valeur du transfert fiscal, ce qui entraînerait une diminution de la valeur du transfert pécuniaire.

- Une nouvelle formule de calcul des parts des provinces est instituée pour tenir compte de la croissance démographique dans les provinces et pour réduire les disparités de manière à arriver ainsi à mi-chemin de l'égalité du transfert total par habitant prévue pour 2002-2003.

18 juin 1998 - Le projet de loi C-28, qui porte le plancher des transferts pécuniaires à 12,5 milliards de dollars, reçoit la sanction royale.

- Le plancher de la portion pécuniaire du TCSPS est porté de 11 à 12,5 milliards de dollars pour les années 1997-1998 à 2002-2003. Cette mesure garantit des transferts pécuniaires suffisants aux provinces et aux territoires et préserve donc le pouvoir du gouvernement fédéral de faire respecter la *Loi canadienne sur la santé*.
- Cette nouvelle disposition est entrée en vigueur dès la promulgation de la *Loi*, si bien que la portion pécuniaire du Transfert n'est plus toujours déterminée par soustraction. En effet, avec l'assujettissement de la portion pécuniaire du Transfert à un plancher, le montant global du TCSPS varie avec les fluctuations de valeur du transfert fiscal.

17 juin 1999 - Le projet de loi C-71, qui prévoit des transferts pécuniaires supplémentaires pour les soins de santé dans le cadre du TCSPS, reçoit la sanction royale.

- La durée d'application des dispositions législatives régissant le TCSPS est prolongée jusqu'en 2003-2004. Fait plus important encore, le transfert pécuniaire est accru de 11,5 milliards de dollars sur cinq ans (1999-2000 à 2003-2004). Le projet de loi porte expressément que ce transfert pécuniaire additionnel doit être consacré à la santé.
- Sur cette somme, 8 milliards de dollars proviennent directement d'augmentations du TCSPS. Les 3,5 milliards de dollars restants, alloués sur la base d'un montant égal par habitant, sont versés dans un fonds de fiducie; les provinces ont trois ans (1999-2000 à 2001-2002) pour en retirer de l'argent pour les fins qu'elles jugent opportunes.
- La disposition relative au plancher du transfert pécuniaire est abrogée puisque les nouvelles dispositions législatives prévoient un transfert pécuniaire supérieur au plancher de 12,5 milliards de dollars. De même, le facteur d'indexation utilisé pour calculer l'augmentation du montant global du TCSPS est éliminé lui aussi puisque ce montant n'est plus établi dans la loi régissant le TCSPS mais varie directement avec le transfert pécuniaire.
- La mise en place de la formule de distribution par province est accélérée pour arriver à un transfert total par habitant égal en 2001-2002.

29 juin 2000 - Le projet de loi C-32, qui prévoit des transferts pécuniaires additionnels destinés à la santé et à l'enseignement postsecondaire dans le cadre du TCSPS, reçoit la sanction royale.

- Un fonds supplémentaire de 2,5 milliards de dollars est établi pour le financement de la santé et de l'enseignement postsecondaire. Toutes les provinces touchent le même montant par habitant. Elles ont quatre ans pour utiliser les fonds qui leur sont alloués. Cette mesure porte à 15,5 milliards de dollars la portion pécuniaire du TCSPS pour chacun des exercices allant de 2000-2001 à 2003-2004.

20 octobre 2000 - Le projet de loi C-45, qui prévoit des transferts pécuniaires additionnels dans le cadre du TCSPS, reçoit la sanction royale.

- La durée d'application des dispositions législatives régissant le TCSPS est prolongée jusqu'en 2005-2006.
- Le montant global du TCSPS est accru de 21,1 milliards de dollars sur cinq ans grâce à une majoration de la portion pécuniaire du Transfert selon le calendrier suivant : 2,8 milliards en 2001-2002, 3,6 milliards de dollars en 2002-2003, 4,3 milliards de dollars en 2003-2004, 4,9 milliards de dollars en 2004-2005 et 5,5 milliards de dollars en 2005-2006. Ces fonds additionnels visent les trois domaines couverts par le Transfert, y compris le développement de la petite enfance, et est alloué aux provinces suivant un montant égal par habitant.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Association médicale canadienne, *On the Road to Recovery – An Action Plan for the Federal Government to Revitalize Canada's Health Care System*, septembre 2000.

Banting, Keith et Robin Boadway (Université Queen's). *Mémoire présenté au Comité permanent des Finances de la Chambre des communes*, Ottawa, 9 mai 1995.

British Columbia Medical Association, *Turning the Tide – Saving Medicare for Canadians (Part I of II)*, document de travail, juillet 2000.

Conseil des Canadiens. *Mémoire présenté au Comité permanent des Finances de la Chambre des communes*, Ottawa, 26 avril 1995.

Conseil national du bien-être social. *Le budget de 1995 et le financement global*, Ottawa, printemps 1995.

Gouvernement du Canada. *L'apport du gouvernement fédéral à l'enseignement postsecondaire : Un document d'information*, Ottawa, 1994.

Gouvernement du Canada. « Les ministres de la Santé réaffirment la volonté de collaboration fédérale-provinciale-territoriale », communiqué, Ottawa, 4 juillet 1995.

Gouvernement du Canada, Ministère des Finances, Division des relations fédérales-provinciales. *Le Financement des programmes établis – Calcul des avances 1995-1996*, Ottawa, 10 avril 1995.

Gouvernement du Québec, Ministère des Finances. *Discours sur le budget et renseignements supplémentaires*, Québec, 9 mai 1995.

Groupe d'intervention action santé (HEAL). *Présentation au Comité permanent des Finances concernant le projet de loi C-76, ou loi d'exécution du Budget*, Ottawa, mai 1995.

Madore, Odette.

- *Le financement des programmes établis au titre de la santé*, Étude générale BP-264F. Ottawa, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, août 1991.
- *La Loi canadienne sur la santé : aperçu et options*, Bulletin d'actualité 94-4F, Ottawa, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, août 1995.

Mendleson, Michael. *Looking for Mr. Good-Transfer: A Guide to the CHST Negotiations*, The Caledon Institute of Social Policy, octobre 1995.

Ministres de la santé des provinces et des territoires. *Comprendre les coûts du système de santé du Canada*, août 2000.

Neumann, Ronald H. « Negociating Inter-Governmental Transfers in 1993: What is on the Table? », *Options Politiques*, vol. 14, décembre 1993, p. 31-35.

Rencontre des premiers ministres des provinces et des leaders des territoires, Lettre au premier ministre du Canada, 3 février 2000.

Schroeder, Walter J. Brian A. Miron et Jeff Moore. *Federal Transfer Payments: A Government Study by DBRS*, mars 1995.

Vérificateur général du Canada. *L'appui fédéral à la prestation des soins de santé*, Rapport, ch. 29, novembre 1999.